

SOLICITUD DE AUDIENCIA EQUITATIVA
DS 1805 (Revisado 12/99)

Nombre de la persona para quien se solicita la audiencia (Reclamante)	Fecha de nacimiento	¿Participa en el programa federal de desistimiento de servicios de Medicaid en el hogar o en la comunidad? (Marque uno) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección		No. de teléfono durante el día

Nombre del Centro Regional o Centro de Desarrollo del Estado:

Una audiencia equitativa a nivel estado sera programada. A fin de resolver este asunto antes de la audiencia equitativa, también solicito lo siguiente: (Marque todo lo que corresponda)

- Una reunión informal con el director del centro regional o el centro de desarrollo del Estado o la persona que designe para ese fin.
- Mediación con un árbitro neutral, independiente que nos ayudará a llegar a un acuerdo.

Motivo(s) por el/los que solicita la audiencia equitativa:

Describa lo que se necesita hacer para resolver su queja:

Nombre del solicitante, si no es el reclamante	Relación con el reclamante
Dirección	No. de teléfono durante el día

Firma del solicitante ➤ _____ Fecha de la solicitud _____

¿Se requieren los servicios de un intérprete? No Sí Si "sí", ¿que idioma? _____

AUTORIZACION DEL REPRESENTANTE

Autorizo a la siguiente persona (Nombre) _____

(Dirección) _____ (No. de teléfono durante el día) _____

a que me represente a mí, el reclamante, en esta cuestión.

Firma del reclamante/
 Junta de la Zona ➤ _____ Fecha _____

FECHAS EN QUE NO ESTA DISPONIBLE

No estoy disponible las siguientes horas o días. (Cuando identifique las horas y días en que no estará disponible, tome en cuenta que la reunión informal tendrá lugar dentro de 10 días, la mediación será dentro de 20 días y la audiencia equitativa tendrá lugar dentro los 50 días después de la fecha del matasellos o del recibo de su solicitud, lo que ocurra antes).

Firma del reclamante o del representante autorizado ➤ _____

(Adjunte una copia de la Notificación de Acción Propuesta. Vea sus Derechos de Apelación e instrucciones en la página 2.)

DERECHOS DE APELACION

1. Usted podría tener el derecho a que una persona o un organismo nombrados por la junta de zona local como sus representantes lo ayuden en el proceso de la audiencia equitativa.
2. Tiene derecho a una audiencia equitativa.
3. Tiene derecho a estar presente en todos los procedimientos y a presentar pruebas orales y escritas.
4. Tiene derecho a confrontar y a contrainterrogar a los testigos.
5. Tiene derecho a comparecer en persona con un abogado u otros representantes que usted elija.
6. Usted o su representante autorizado tienen derecho a tener acceso y a examinar los documentos antes de que se celebre cualquier reunión o audiencia.
7. Tiene derecho a tener un intérprete.
8. Tiene derecho a contar con información sobre la disponibilidad de asistencia para su defensa, incluyendo remisión a defensores de derechos de los clientes, a la junta de la zona, a servicios jurídicos costeados por el público, a empresas y a otras organizaciones de defensa costeadas por el sector privado, incluyendo el sistema de protección y defensa requerido por la Ley Pública federal 95-602.
9. Tiene derecho a que se celebre una reunión informal con el director del centro regional o centro de desarrollo del Estado o con una persona designada por el director en la primera de las siguientes fechas: 10 días a partir de la fecha del matasellos del formulario de solicitud de la audiencia o de la fecha en que lo haya recibido el centro regional o centro de desarrollo del Estado. El director del centro regional o centro de desarrollo del Estado, o la persona que designe para ello, deberán notificar por escrito la fecha, la hora y el lugar propuestos para la reunión informal.
10. Tiene derecho a pedir una mediación voluntaria antes de la audiencia equitativa.
11. **Tiene derecho a proceder directamente a la audiencia equitativa sin participar en una reunión informal o mediación voluntaria.**

INSTRUCCIONES

1. Si usted, o su representante autorizado, no están satisfechos con alguna decisión o acción del centro regional o centro de desarrollo del Estado, porque, en su opinión, es ilegal o discriminatoria, o porque no es en el mejor interés del solicitante, pueden utilizar este formulario para solicitar una audiencia equitativa, junto con una reunión informal, si lo desean, con el director del centro regional o centro de desarrollo del Estado o con la persona que designe para ese fin.
2. Dentro de los 30 días a partir de la fecha en que se haya recibido la notificación de la decisión o de la acción sobre la que se presenta la queja, el formulario de solicitud de audiencia equitativa deberá ser dirigido al director del centro regional o centro de desarrollo del Estado responsable por la acción. El centro regional o centro de desarrollo del Estado enviará su solicitud de audiencia equitativa al Departamento y al director de la Oficina de Audiencias Administrativas, o a la persona que designe para ese fin, dentro de los cinco días a partir de la fecha en la que el director del centro regional o centro de desarrollo del Estado haya recibido la solicitud.
3. Si está recibiendo servicios en la actualidad y el motivo de la apelación es que el centro de desarrollo del Estado reducirá o cancelará los servicios, debe entregar este formulario al centro regional o centro de desarrollo del Estado dentro de los 10 días a partir de la fecha en que haya recibido la notificación de la acción propuesta, a fin de seguir recibiendo esos servicios durante el proceso de la audiencia equitativa.
4. Si no tiene, o no desea tener, un representante autorizado, no llene esa parte del formulario.
5. Si requiere los servicios de un intérprete, marque el casillero correspondiente y explique su necesidad de contar con servicios de intérprete.
6. Si hay alguna hora y/o día en el que no se halla disponible, es importante que especifique esa hora o día en el espacio provisto en el formulario. Esto es para su beneficio, para que se pueda fijar una fecha y hora que le resulten cómodas para la reunión informal, conferencia de mediación y/o para la audiencia equitativa.
7. **Si necesita ayuda para llenar este formulario, póngase en contacto con su coordinador de servicios o con el Defensor de los Derechos de los Clientes.**